FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NNÉE 1912

THÈSE

N° 2

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Dr Henri BEAUDOUIN

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

HOPITAUX DE PROVINCE

LEUR INTERNAT EN MÉDECINE

Président : M. ROGER, *Président*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1912

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Dr Henri BEAUDOUIN

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

HOPITAUX DE PROVINCE

LEUR INTERNAT EN MÉDECINE

Président : M. ROGER, *Président*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

—

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE X.
Pathologie chirurgicale	Pierre MARIE
Anatomie pathologique	PRENANT
Histologie	HARTMANN
Opérations et appareils	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale	GILBERT
Thérapeutique	CHANTEMESSE
Hygiène	THOINOT
Médecine légale	CHAUFFARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre DELBET QUENU
Clinique chirurgicale	RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBRÉDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émi dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme prop à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

en témoignage de reconnaissance.

AVANT-PROPOS

On nous reprochera peut-être d'avoir, dans ce modeste travail, manqué d'unité en envisageant des questions trop nombreuses ou trop vastes. Ne suffirait-il pas, pour nous disculper, de répondre que les idées que nous avons exprimées, et les recherches que nous avons dû faire pour les compléter, nous ont été inspirées par le seul séjour que nous avons fait à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye comme interne? Nous avons conçu l'idée de donner un développement à ce sujet en observant chaque jour les défauts du fonctionnement de nos organisations hospitalières, et nous croyons pouvoir en grouper les divers éléments, aucun essai semblable ne nous paraissant d'ailleurs avoir été fait dans cet ordre d'idées, au point de vue général tout au moins, car nous n'avons pu retrouver — parmi les thèses de Paris — que des travaux sur les hôpitaux du Havre, de Honfleur et du Mans. Nous croyons, d'autre part, n'être point sorti d'un point de vue strictement médical dans les diverses critiques que nous avons faites; le personnel médical des hôpitaux de province, réduit aux médecins et à leurs internes — trop souvent inexistants d'ailleurs — ne voit pas les devoirs qui lui incombent compensés par une autorité suffisante dans l'établissement; il est presque toujours tenu à l'écart par les administrations, même dans ce qui ne relève que de sa seule compétence. De plus, il n'existe pas une réglementation assez bien définie, et l'insuffisance des services rend la tâche du médecin non seu-

lement plus difficile, mais encore moins efficace qu'elle ne devrait être.

Les chefs de service, malgré tout le dévouement dont ils font preuve et tout le temps qu'ils consacrent à l'hôpital, demeurent des praticiens trop affairés pour s'occuper des améliorations possibles, se charger de parer aux insuffisances, d'éduquer un personnel trop au-dessous de sa tâche. L'initiative et la responsabilité que la plupart d'entre eux veulent bien laisser à leur interne, lorsqu'ils ont pu apprécier ses qualités, nous autorisent à critiquer ce qui nous semble devoir et pouvoir être utilement amélioré dans le fonctionnement de nos hôpitaux.

Après donc avoir rapidement examiné les établissements en eux-mêmes, nous traiterons des rouages importants de leur fonctionnement : conseils d'administration et service général. Puis nous aborderons une question qui mériterait un tout autre développement, celle du Personnel soignant. Suivront quelques considérations sur les fonctions des médecins et l'exercice de la pharmacie dans nos hôpitaux ; et nous terminerons par la critique de l'Internat en médecine, en l'envisageant d'abord au point de vue de la nomination et des fonctions des internes en général, puis en essayant de montrer qu'il pourrait être un moyen d'études meilleur et moins négligé qu'il ne l'est actuellement.

Nous avons dû, pour arriver à ce but et obtenir quelques chiffres, nous adresser à nos collègues des hôpitaux de province : beaucoup de nos demandes sont restées sans réponse, — la plupart, croyons-nous, par absence d'internes, — mais nous avons reçu, avec de nombreux encouragements, des documents précieux, dont nous remercions bien vivement nos collègues.

Nous voulons, avant de développer les quelques idées

qui vont suivre, adresser nos remerciements à ceux qui guidèrent notre travail dans les hôpitaux : M. le docteur Faisans fut notre premier maître à l'Hôtel-Dieu ; l'accueil si bienveillant, les marques de sympathie qu'il nous témoigna pendant plus d'une année et qu'il nous témoigne toujours, nous resteront le meilleur souvenir de notre court passage dans les hôpitaux de Paris. Nous devons un hommage à la mémoire des docteurs Guinard et Griffon, tous deux victimes du devoir professionnel, et nos bien sincères remerciements à M. le docteur Petit (Hôtel-Dieu), à M. le professeur Roger (Charité), à M. le professeur agrégé Castaigne (Bastion 29), ainsi qu'à M. le docteur Auclair.

A l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, où nous fûmes nommé interne le 1er janvier 1910, nous avons été accueilli avec une rare cordialité par M. le docteur Grandhomme : la confiance qu'il nous a sans cesse accordée nous est le plus grand témoignage de sa sympathie ; il a su nous montrer qu'avec des occupations très absorbantes, un praticien peut se tenir fort au courant des progrès médicaux et cultiver activement ses connaissances. Les nombreux faits cliniques, si judicieusement observés, si fidèlement conservés dans sa mémoire et qu'il sait chaque jour détailler rapidement devant un cas présent, nous ont été un enseignement pratique dont nous ne saurions assez le remercier.

M. le docteur Levêque nous apprit tous les détails qui peuvent rendre aussi aseptique qu'il est désirable une intervention chirurgicale ; et le soin qu'il apporte dans la confection des appareils plâtrés nous a montré qu'un bon résultat dans le traitement des fractures est toujours le fait d'un opérateur méticuleux.

M. le docteur Chercchewsky nous a conquis par sa franchise et son énergie, qui, avec la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, nous laisseront le meilleur souvenir.

M. le docteur Venot nous a séduit par la précision et l'étendue de ses connaissances, par son amour de la discussion et l'art d'y introduire mille anecdotes saillantes. Nous n'oublierons pas qu'il se montre toujours un véritable ami pour ses internes et sait prouver que la ponctualité elle-même peut être une qualité médicale.

Nous affirmons une fois de plus notre profonde amitié pour nos collègues Mladenoff et Thierry, qui nous ont été de précieux collaborateurs, et adressons l'expression de notre vive sympathie à nos camarades de l'Ecluse et Champavère, ainsi qu'à tous nos autres collègues intérimaires.

L'ÉTABLISSEMENT

Les établissements hospitaliers des villes de province ont été installés soit dans des bâtiments anciens — autrefois abbayes ou couvents — soit dans des bâtiments récemment et spécialement construits. D'après notre statistique, la plupart des hôpitaux actuels auraient été bâtis dans le courant du XIX^e^ siècle, et surtout dans la seconde moitié.

Il est très rare qu'on nous ait signalé l'existence de constructions répondant complètement aux exigences de l'hygiène, et cela est aussi vrai pour les constructions récentes que pour les édifices anciens qui ont été restaurés. En général, la situation de l'hôpital dans la ville est trop centrale; ses bâtiments ne sont pas assez isolés des habitations voisines ; et il serait à désirer que ses constructions fussent, sinon éloignées de la ville, du moins établies dans un quartier assez retiré, et surtout en un lieu d'une certaine altitude. Cette disposition, désirable pour le calme et l'hygiène, aurait de plus l'avantage de permettre, sans peut-être plus de dépenses pour l'achat des terrains nécessaires, des constructions sans étages, et de ménager entre elles de plus grands espaces pour l'installation des jardins, qui sont actuellement réduits à leur minimum et la plupart du temps notoirement insuffisants. Notons encore les reproches adressés aux établissements récemment construits où tout a été sacrifié au *coup d'œil* et où l'architecture, tant extérieure qu'intérieure, est faite de pans

coupés et moulures qui amassent et conservent les poussières.

A l'organisation intérieure des établisements, de trop nombreuses critiques sont adressées pour que nous les rapportions toutes ; mais il en est une qui semble trop vive et trop générale pour que nous ne la mentionnions pas, c'est celle qui s'adresse aux *grandes salles*. Il semble en effet que le souci du « cube d'air » nécessaire, ainsi que celui d'une aération par de larges baies, ait présidé à la construction ; mais presque nulle part on a songé à organiser des salles où nous puissions placer les malades par petits groupes. On a maintes fois signalé les inconvénients du système des grandes salles, en particulier dans la transmission de la tuberculose, mais nous croyons utile d'insister sur ce résultat désastreux, et trop souvent observé, qu'il nous est impossible d'isoler des autres les malades temporairement agités. Ajoutons que souvent l'installation des services d'enfants a été fort négligée et que ceux-ci sont relégués là où il reste de la place, dans des locaux insuffisants à tous les points de vue.

Quant aux règles quotidiennes d'hygiène, leur inobservation dans beaucoup de nos hôpitaux constitue un délit presque banal, sur lequel il nous semble inutile d'insister autrement qu'en nous étonnant que ces fautes puissent exister si nombreuses et si fréquentes et en réclamant contre elles l'action des commissions établies par la loi du 15 février 1902.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans au moins effleurer une question digne d'un tout autre développement : celle de l'encombrement dans nos hôpitaux. Traitée avec une grande compétence pour les hôpitaux de Paris par Billaudet (thèse de Paris, 1907), cette question nous

semble également à l'ordre du jour pour les hôpitaux de province. Nous admettons les conclusions de cet auteur relatives à la nécessité de créer des maisons de convalescence, d'isoler complètement les tuberculeux, de se montrer plus sévère dans l'admission des malades aisés ou des accidentés du travail, mais nous voyons, comme appartenant surtout aux hôpitaux de province, deux causes importantes d'encombrement à signaler.

Généralement est annexé à l'hôpital un hospice, pour les vieillards et incurables de la ville et de la région, hospice ne disposant que d'un nombre déterminé de lits et placé sous la direction de la même administration que l'hôpital. Il en résulte que les salles de ce dernier possèdent toutes et en tout temps plusieurs individus qui, admis pour une raison quelconque à l'hôpital, attendent de l'administration leur admission à l'hospice, et qu'il est impossible le plus souvent de renvoyer sans provoquer de multiples protestations. Ajoutons que cette fusion des deux établissements ne peut d'ailleurs qu'être nuisible aux vieillards hospitalisés, par la proximité de leurs salles avec celles des malades aigus.

Une deuxième critique porte sur l'admission directe par un chef de service. Il ne nous vient pas à l'idée de contester le droit que possède un médecin d'hôpital d'envoyer dans son service un malade de sa clientèle, mais nous avons souvent remarqué l'abus suivant : nombre de *piliers d'hôpital*, renvoyés d'un service, ou refusés avec raison par l'interne de garde qui les connaît trop, vont importuner chez lui, à sa consultation, un médecin de l'hôpital, et parfois, munis d'une recommandation, solliciter un billet d'admission que le praticien ne croit pas devoir leur refuser, créant ainsi, même inconsciemment,

une situation fausse aux internes. Nous souhaitons qu'autant que possible le médecin, dans des cas semblables, renvoie systématiquement de tels quémandeurs à l'interne chargé de les examiner avant leur admission à l'hôpital, lorsqu'en outre il n'existe pas de consultation quotidienne.

COMMISSIONS ADMINISTRATIVES

OU

CONSEILS D'ADMINISTRATION

C'est dans la circulaire adressée le 15 décembre 1899 aux Préfets par le Président du Conseil que nous trouvons les articles relatifs à la composition et au rôle des Commissions administratives des hôpitaux et hospices. Cette circulaire, rajeunissant celle du 31 janvier 1840, est, sauf pour Paris et les grandes villes, le règlement type des hôpitaux, dont la réglementation est assurée dans les articles des lois des 7 août 1851, 21 mars 1873 et 5 août 1878.

« Art. I. — La Commission administrative se compose du « maire, de deux membres élus par le Conseil municipal « et de quatre membres nommés par le Préfet... Les fonc- « tions de membre de la Commission administrative sont « gratuites.

« Art. V. — ... Un administrateur de service, désigné par « la Commission, surveille et assure *quotidiennement* la « marche des différents services. Il veille à l'ordre général, « à la propreté et aux bonnes conditions de l'établisse- « ment *au point de vue hygiénique*. Il pourvoit aux besoins « imprévus et rend compte de sa gestion à la Commission « dans sa première réunion... »

M. Léon Bourgeois fait suivre cet article de réflexions dont nous extrayons les passages les plus importants :

« L'on a très justement fait observer que l'administra-

« tion ainsi fragmentée équivaut à l'absence d'adminis-
« tration, et qu'à cette pratique est due en grande partie
« la sorte d'abdication qui s'est souvent produite des
« administrateurs entre les mains du personnel... Le seul
« pouvoir *permanent*, celui du personnel, est alors le pou-
« voir *effectif*.

«... Il est évident qu'un des principaux devoirs de l'Ad-
« ministrateur délégué est d'assurer l'observation des
« prescriptions hygiéniques... »

Voilà donc, défini dans ses grandes lignes, le rôle de la Commission administrative et de ses membres. Ajoutons que l'administrateur de service, désigné à l'article V, exerce généralement ses fonctions pendant une semaine (ou une quinzaine).

Il est indéniable que ce mode d'administration des hôpitaux offre l'avantage d'une gestion autonome, évitant et les frais d'une direction payée et les inconvénients de la centralisation. Mais à côté de cet avantage, qui reste trop théorique, que d'inconvénients à signaler ! N'examinons que les principaux :

Ce mode de nomination peut entraîner la présence, dans la même Commission, de gens qui ne savent pas sacrifier aux besoins de l'hôpital les conséquences de l'étroitesse de la politique locale ; c'est ainsi que, dans telle grande ville ouvrière du Nord, les délégués municipaux étant socialistes, ceux du Préfet d'opinion différente, les administrateurs s'ingéniaient, durant leur quinzaine de service, à défaire systématiquement ce qu'avait fait le précédent : le premier a-t il ordonné de peindre une grille en vert, le second, quelques jours plus tard et le travail à peine achevé, le fait recommencer avec de la peinture grise ! On conçoit les fâcheuses conséquences d'un pareil

état d'esprit, et, quoique rares, les cas analogues sont encore trop nombreux.

Mais en admettant même que l'entente règne entre les administrateurs, il reste un grave reproche à faire à la plupart d'entre eux : sans doute ils sont souvent remplis de bonne volonté, parfois d'un zèle fort louable, mais ils ne peuvent avoir, pour une question toute spéciale, qu'une compétence très contestable, nullement établie par leurs antécédents, et, chose plus grave encore, ils ne connaissent pas l'étendue de leurs droits. M. Léon Bourgeois dit en effet (circulaire du 10 février 1896) :

« ... Il faut reconnaître qu'un certain nombre de Com-
« missions n'ont pas encore une notion exacte des attri-
« butions qu'elles tiennent de la loi, et des obligations qui
« en découlent pour elles.

« Quelques Commissions semblent abdiquer, sinon la
« totalité, du moins une portion de leur autorité entre les
« mains du personnel... Les inspecteurs généraux ont vu
« des administrateurs qui hésitaient à pénétrer dans telle
« ou telle partie d'un hôpital sans l'agrément de ce per-
« sonnel. Ils en ont même rencontré qui, bien que depuis
« longtemps en fonctions, semblaient être restés presque
« ignorants du service qu'ils avaient accepté de diriger.
« ... Les membres de la Commission administrative ne
« connaissent qu'imparfaitement l'étendue de leurs droits.
« Ces droits impliquent des devoirs. Ce n'est pas assez
« d'assister aux séances des Commissions ; ce n'est même
« pas assez de connaître chaque recoin de l'hôpital... Nous
« vivons en un temps où tout se transforme, où la science
« fait tous les jours des conquêtes nouvelles, où les idées
« de justice et de solidarité sociales prennent tous les
« jours plus de précision. Il faut que les pauvres, dont

« les Commissions administratives ont le soin, profitent « de ces progrès. »

A-t-on songé, pour suppléer à cette incompétence fatale des administrateurs dans nombre de questions hospitalières, à prendre l'avis du personnel médical ? La lettre qui précède la circulaire précitée dit :

« ... Ils (les administrateurs) ne sauraient se passer de « la collaboration du corps médical lorsqu'ils ont à rédi- « ger en entier, ou à modifier dans chacune de ses parties, « le règlement intérieur de l'établissement. Il ne suffit « pas qu'ils accordent aux médecins l'initiative indispen- « sable,... il faut qu'ils se les associent *pour la réglemen- « tation des services.* »

Et à l'article 14 du Règlement, nous trouvons :

« ... Les médecins et chirurgiens doivent être appelés à « émettre leur avis sur les changements ou grosses répa- « rations aux constructions entrepris dans les hôpitaux... »

Voilà qui, semble-t-il, est resté lettre morte, car si les médecins sont parfois consultés, c'est souvent une opinion inverse de la leur qui prévaut. Un administrateur voulut bien un jour s'adresser à nous pour une réforme qu'il avait en vue ; mais c'est exceptionnellement que les administrateurs reconnaissent ainsi le besoin de l'avis du corps médical ; bien plus, beaucoup d'entre eux considèrent une telle démarche comme une atteinte à leur autorité.

Question de compétence mise à part, on peut encore reprocher au système actuel que les administrateurs, dont les fonctions sont gratuites et qui ont la plupart du temps des occupations personnelles, ne sauraient consacrer à l'hôpital que trop peu de temps. Leurs heures de présence d'autre part peuvent ne pas répondre aux besoins du ser-

vice, et certaines décisions urgentes restent en suspens, ou bien, écueil précité, les administrateurs s'en remettent à certains agents du personnel dont la compétence et la valeur sont encore plus discutables.

Enfin le fait qu'un administrateur a la direction de l'hôpital pendant une semaine est encore très critiquable : en dehors des oppositions systématiques signalées plus haut, ajoutons que le nouveau venu ignore souvent un rôle qu'il n'a à jouer que d'une façon passagère ; aussi donnons-nous notre approbation aux quelques commissions qui, tout en admettant le service par roulement hebdomadaire pour les signatures et les affaires urgentes, ont chargé chacun de leurs membres d'un service particulier, dont le titulaire peut ainsi acquérir une plus grande connaissance (Bâtiments, Personnel médical, Personnel soignant, etc.). Cette mesure serait, à défaut d'autres, utilement généralisée.

Quelle réforme donc proposer pour améliorer l'état de choses actuel ? Le directeur d'un hôpital de province, fort compétent sur ces questions, et qui nous a communiqué des opinions intéressantes, en arrive à une mesure radicale : l'initiative du directeur (quand il existe) étant fort compromise, sa responsabilité mal établie, il y aurait lieu de nommer, à la tête de chaque hôpital, un directeur compétent, par une voie qui reste à désigner, et surtout responsable. La suppression des Commissions administratives et le rattachement direct des hôpitaux au ministère de l'Intérieur en seraient la conséquence.

Cette idée nous paraît digne d'attention, car la seule approbation du Préfet, prévue par le Règlement, aux décisions des commissions administratives, n'est pas une mesure suffisante ; si elle peut — et

le fait-elle ? — empêcher des fautes, elle ne saurait donner à la Direction l'initiative indispensable. Mais la suppression des administrateurs qu'entraînerait cette mesure anéantirait de bonnes volontés qu'il est utile d'employer, et un contrôle direct et quotidien dont les effets ne peuvent qu'être louables. Aussi voudrions-nous voir, à côté d'un directeur conçu comme nous venons de le dire, la Commission actuelle devenir un *Conseil de surveillance,* dont les membres, à tour de rôle, ou chacun dans une partie donnée, surveilleraient la gestion des intérêts de l'hôpital et qui, après des réunions privées et régulières, adresserait son avis et ses doléances à la Direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

Mais nous désirerions que, même conçu comme nous venons de le dire, le Conseil de surveillance restât un organisme puissant, dont le rôle ne fût pas fictif, dont les doléances seraient toujours prises en considération par le pouvoir central, et qui veillerait avant tout au respect des intérêts locaux. On pourrait, en outre, mettre à l'étude un autre mode de recrutement de ses membres, s'il est possible de leur assurer une compétence plus grande.

Nous ne devons d'ailleurs pas oublier l'importance qu'a l'existence d'une commission ayant un caractère local, au point de vue spécial du budget des hôpitaux, alimenté souvent dans une notable proportion par des dons particuliers influencés par les administrateurs, qui, dans nombre de cas, font preuve eux-mêmes d'une louable générosité.

Quelles que soient les améliorations qu'on cherche dans cet ordre d'idées, il en est une que nous désirons spécialement mettre en lumière : c'est celle de la création d'un pouvoir permanent responsable. C'est cette question que nous allons maintenant envisager.

SERVICE GÉNERAL

Comme nous venons de le voir, le Règlement actuel n'établit pas l'existence d'un directeur responsable. Il ne définit même pas le rôle du directeur existant dans les établissements les plus importants, et prévoit seulement celui des Secrétaire, Économe, Receveur, employés divers, avec des détails sans intérêt pour nous. C'est après l'article 10 que nous trouvons une note ainsi concue ; « La Commission administrative peut charger un employé de la *surveillance* de l'établissement, sous la *direction de l'administrateur de service.* »

Voilà donc reconnue cette abdication du pouvoir des administrateurs entre les mains d'un employé du service général, abdication qui existe, plus ou moins complète, dans presque tous les hôpitaux. Dans les plus grands établissements, on a nommé, en dehors des employés prévus, un directeur,mais la plupart du temps cette fonction est attribuée soit au secrétaire, soit à l'économe. Quel que soit le nom de celui qui remplit les fonctions de Directeur, nous avons à examiner son rôle dans la façon dont il le joue : Dans les cas, les plus rares, où le Directeur offre les garanties désirables d'autorité et de compétence, son initiative reste soumise à la volonté des administrateurs. Ce qui est plus grave, c'est que l'abdication, souvent trop grande, du pouvoir des administrateurs est faite entre les mains d'un homme totalement incompétent : le Directeur est souvent un petit fonctionnaire retraité — un ancien gendarme, nous écrit un collègue — nullement

préparé à ses fonctions, qui ne voit en elles qu'un moyen d'augmenter les revenus de sa retraite, — moins exigeant donc sous le rapport de l'indemmité, — et qui cherche avant tout sa tranquillité. Ailleurs, c'est un employé de la ville, qui, entre un séjour aux octrois et un autre à la recette municipale, est nommé pour quelques années aux fonctions de Directeur. Cet homme eût-il toute l'intelligence et la bonne volonté désirables qu'il ne peut être à la hauteur de la situation : nous ne pouvons admettre qu'on introduise à la Direction un retraité au lieu d'un homme jeune, qui devra faire toute une carrière dans ce poste, ou un employé qui n'y fera que passer et qui sera à peine au courant lorsqu'on l'appellera à d'autres fonctions.

Nous devons ajouter à ces inconvénients d'ordre général ceux qui sont forcément inhérents à ce genre de choix : le Directeur, pris parmi les fonctionnaires de la ville, est généralement la créature du parti politique en majorité, fait qui s'aggrave encore de celui que le titulaire est un homme dont les connaissances générales sont rudimentaires, les études préalables généralement nulles et qui, comme tous les incompétents investis d'un pouvoir, l'exercent, toujours avec suffisance, parfois indélicatesse et souvent avec grossièreté : nous avons appris qu'un de ces employés communiqua à des tiers le casier judiciaire d'une personne attachée au même établissement et confié secrètement (est-il besoin de le dire?) à l'administration par l'autorité judiciaire.

Nous croyons voir dans l'état de choses actuel la cause d'ennuyeux conflits qu'a parfois avec l'administration le corps médical, conflits qui se manifestent par l'emploi envers ce dernier de petits moyens, hypocrites, d'un goût parfois douteux, dont le caractère seul indique le niveau moral des gens dont ils proviennent.

L'autorité même de ces hommes auprès du personnel se trouve bien vite amoindrie, par suite des alternatives d'arrogance et de familiarité dont celui-ci est l'objet.

Nous ne pouvons énumérer tous les griefs que nous connaissons ou qu'on nous signale sur ce point, et, ayant conclu précédemment à la présence nécessaire, à la tête de l'hôpital, d'un directeur, constatant maintenant l'insuffisance notoire de la plupart des employés qui en remplissent partiellement les fonctions, nous voudrions voir en cette place des hommes présentant toutes les garanties nécessaires.

Il conviendrait d'abord d'exclure toute considération de politique municipale, et la meilleure solution qui nous semble devoir être proposée (si l'on admet une centralisation des directions hospitalières au Bureau d'hygiène et d'assistance publiques au ministère de l'Intérieur) est l'établissement d'un concours ouvert à des hommes jeunes, qui auront ainsi les garanties d'un traitement fixe, suffisant et régulièrement augmenté, d'une retraite consécutive, et pourraient en outre passer d'un hôpital à un autre. Ce concours assurerait, en plus des connaissances générales qu'il déterminerait, l'aptitude nécessaire aux points de vue spéciaux des éléments indispensables d'hygiène et de droit administratif.

Ajoutons qu'autant qu'il est matériellement possible, le Directeur de l'hôpital doit être logé dans l'établissement, afin que sa surveillance soit constante et qu'il puisse se rendre aussi promptement que possible là où sa présence peut devenir nécessaire et urgente ; et qu'en aucun cas — comme cependant le prévoit l'article 19 du Règlement, au sujet du personnel secondaire — son autorité ne doit être suppléée en son absence par celle d'une surveillante en chef ou d'une supérieure des sœurs !

LE PERSONNEL SOIGNANT

Nous abordons peut-être dans ce chapitre la question de notre sujet la plus grosse de conséquences pratiques et s'il est superflu d'insister sur l'importance du rôle de gardes-malades à la hauteur de leur tâche, l'insuffisance professionnelle qu'on nous signale généralement nous oblige à dire bien haut l'urgence qu'il y a à réformer l'état actuel du personnel soignant. Devant les résultats acquis sous ce rapport pendant ces quarante dernières années dans les hôpitaux des grandes villes et en particulier dans ceux de l'Assistance Publique, nous comprenons combien il est nécessaire que les hôpitaux de province ne restent pas éternellement en arrière. L'insuffisance régnait, à ce point de vue, dans tous les hôpitaux de France, il y a quelque cinquante ans ; les critiques adressées aux hôpitaux de Paris d'alors n'ont qu'à être à nouveau transcrites pour s'adresser à l'heure actuelle à nos hôpitaux de province, où le personnel mixte existe encore, tel qu'autrefois, dans plus du dixième des établissements :

« ... Trois mille serviteurs ou servantes, dont cinq cents « religieuses seulement, formaient le personnel hospitalier. « La direction de ce personnel, sauf..., était entre les « mains des religieuses. Les règlements administratifs et « les Conseils médicaux devaient céder le pas aux exigences « de la règle monastique. On a affirmé que ce personnel « rivalisait de dévouement ; un fait est certain, c'est qu'il « rivalisait d'ignorance et d'inaptitude. Aucune capacité « n'était exigée des religieuses ; quant au personnel servant,

« il était recruté au hasard, sans souci de son intelligence « ni de sa moralité. » (Dr Noir, *Progrès médical*, 25 juillet 1903.)

L'opinion que les Sœurs des congrégations hospitalières ont le monopole du dévouement reste encore ancré profondément dans l'esprit du public, ignorant que tous les petits soins sur lesquels il fonde le critérium de son jugement sont toujours laissés au personnel auxiliaire. Nous ne voudrions pas, du reste, aborder ici des points qui ont été naguère le sujet de tant de discussions politiques, mais nous ne croyons pas inutile de réclamer que, quel que soit le caractère du personnel, les administrations ne lui laissent jamais, comme cela se produit fréquemment, prendre dans l'établissement une prépondérance dont les effets nous semblent néfastes, accordée à une caste intransigeante, et de l'esprit de laquelle les internes ont souvent à se plaindre, surtout lorsqu'elle s'arroge la secrète mission de leur surveillance !

Nous voudrions critiquer surtout les deux points auxquels le médecin a le droit et le devoir de s'intéresser dans le personnel : l'instruction et la discipline. L'instruction professionnelle des Sœurs hospitalières reste en général fort insuffisante : quelques-unes, certes, arrivent à être fort au courant de leur service, mais la plupart n'obéissent qu'à une routine sans discernement et ne possèdent aucun principe d'asepsie, ni même de l'hygiène la plus élémentaire. Saurait-il en être autrement avec des femmes qui n'ont eu d'autre direction pratique que celle qu'ont bien voulu leur accorder les médecins, sans la moindre donnée théorique pour coordonner et compléter les éléments de leur savoir, et dont l'impersonnalité même est un écueil pour le chef de service, qui ignore tout de leurs antécédents?

Ajoutons que le pouvoir qui les répartit, sans aucun discernement ni conseil médical, affecte volontiers à une salle de malades une sœur qui ne s'est jusque-là occupée que de la cuisine ou de la lingerie, et *vice versa*, créant ainsi une désorganisation contre laquelle tous semblent impuissants.

Sous le rapport de la discipline, les médecins rencontrent dans le personnel religieux deux écueils principaux : une organisation telle que les Sœurs ne peuvent directement obéir qu'à leur supérieure, organe d'interposition entre le corps médical et ses surbordonnés ; un esprit spécial, inhérent sans doute à la règle congréganiste, et qui leur fait refuser avec entêtement tout ce qu'elles considèrent comme une innovation et qui ne leur a pas été enseigné au début de leur carrière.

Quant au personnel secondaire, il reste « *recruté au hasard* », et, s'il est assez stable pour les femmes, qui, à défaut d'instruction et de savoir, montrent en général de la bonne volonté et savent se contenter de leur médiocre situation, il n'en est plus de même pour les hommes : peut-on qualifier d'*infirmiers* ces gens recrutés on ne sait comment, anciens malades sans occupation, ouvriers sans travail — sinon vagabonds sans gîte, — et qui disparaissent après quelques semaines de séjour ? Saurait-il en être autrement d'ailleurs si l'on songe que les administrations n'exigent en général aucune connaissance professionnelle et n'offrent à ces employés qu'un salaire dérisoire, sans aucune garantie ?

Devant l'insuffisance de l'état de choses actuel, il y a lieu de chercher à apporter un remède prompt et efficace. Nous connaissons trop mal les résultats pratiques obtenus dans les rares hôpitaux de province où le personnel a été

complètement laïcisé pour proposer ce moyen comme palliatif. Nous devons cependant répondre à l'objection de certaines administrations au sujet du surcroît de dépenses entraîné par la laïcisation, que les médecins ne peuvent réclamer un nombre aussi considérable de personnes compétentes qu'il y a actuellement de sœurs dans un hôpital. Pour ce qui regarde les services généraux, même pour les services de vieillards hospitalisés, nous ne réclamons pas de savoir spécial, mais il n'en est plus de même pour les salles de malades, et nous croyons utile de rapporter ici les conclusions d'un rapport du Dr Napias, annexé d'ailleurs au Règlement général, dans une circulaire du 17 juillet 1899, et qui réclamait pour le *personnel secondaire* :

1° Un certificat ou diplôme spécial ;

2° et 3° La création d'écoles près des Facultés, où les élèves passeraient un an au moins ;

7° Un salaire relevé, une retraite assurée.

Lorsque les administrations tiennent à conserver un personnel religieux, cela ne nous semble nullement incompatible avec la possession du diplôme, et nous savons que les membres de quelques congrégations l'ont naguère obtenu : les Augustines de l'Hôtel-Dieu suivirent à Paris les cours des Ecoles d'infirmières ; le fait s'est produit dans quelques villes, notamment à Lyon. Il ne nous semble en rien abusif que le pouvoir central exige une consécration de leurs connaissances de la part de personnes appelées à donner leurs soins aux malades, comme il exige les brevets nécessaires de celles qui se consacrent à l'enseignement. Si le savoir de nos sœurs devient réel et organisé, peu importe l'habit, à condition qu'il puisse, dans le service, être

recouvert d'une blouse et que la congrégation sache dûment tenir son rôle, sans empiéter en rien sur celui de l'administration ou du corps médical.

Pour le personnel laïque, qu'il s'agisse de surveillantes ou du personnel auxiliaire, nous devons réclamer également qu'il soit suffisant, et comme nombre et comme savoir. Les essais de création d'écoles d'infirmiers ou d'infirmières en province n'ont pu donner que de bons résultats au point de vue du savoir, mais il est nécessaire que les administrations fassent une différence entre les personnes qui possèdent et celles qui ne possèdent pas de diplôme : ce qui n'est pas toujours réalisé.

Signalons enfin la nécessité qu'il y a d'accorder au personnel un salaire plus élevé, régulièrement augmenté, et une retraite après un nombre donné d'années de services : conditions indispensables pour la stabilité du personnel qui fait si souvent défaut, ce dont les médecins ont sans cesse à se plaindre. Il est nécessaire également que tous les avantages en nature accordés au personnel soient suffisants. La question de la nourriture a d'ailleurs été prévue au Règlement, à l'article 51, sur l'application duquel nous préférons ne pas nous étendre : « ... Le personnel « nourri dans l'établissement pourra avoir un régime par- « ticulier différent du régime ordinaire des hospitalisés, et « *qui ne sera pas inférieur à celui des pensionnaires* « *payants.* »

Il serait enfin désirable que le personnel ne restât pas exposé à des renvois arbitraires sans pouvoir présenter sa défense à qui de droit ; c'est encore un motif qui nous fait demander l'exercice d'un pouvoir central dans nos hôpitaux.

Ces mesures dont nous venons de parler, dont le but serait

d'assurer la stabilité du personnel soignant, seraient avantageusement mises en œuvre, même s'il était impossible de posséder dans tous les établissements, au début tout au moins, un nombre suffisant de personnes diplômées. Avec un personnel stable, les médecins s'attacheraient, en effet, plus volontiers à son éducation; mais le continuel changement est le plus grand échec à toute bonne volonté.

LES MÉDECINS

Le mode de recrutement des médecins, dans nos hôpitaux, est ainsi déterminé par le Règlement (rappel de la loi du 7 août 1851) :

« Art. XI. — Les médecins et chirurgiens sont nommés par la Commission administrative. Ils ne peuvent être révoqués qu'avec l'approbation du Préfet. La limite d'âge est fixée à ... »

« *Note. — La Commission administrative peut instituer, et il est extrêmement désirable qu'elle institue, un concours préalable pour la nomination des médecins et chirurgiens titulaires ou adjoints.* »

Ajoutons qu'une circulaire ministérielle du 3 décembre 1907 décide qu'aucune révocation ne pourra être prononcée sans que le dossier ait été transmis au ministère de l'Intérieur, avec les griefs de la Commission administrative et les explications du praticien.

Nous avons surtout à retenir l'esprit de la note consécutive à l'article XI et qui favorise le principe du concours avant la nomination. Tous nos collègues qui nous ont donné leur avis à ce sujet et nous-même sommes partisans de ce mode de recrutement, qui est actuellement en vigueur dans la moitié des établissements environ (pour ceux que nous connaissons). Nous n'avons pas eu de renseignements sur le concours en lui-même, pour les hôpitaux où il existe, et ne pouvons donc en critiquer la forme, mais nous en trouvons le principe excellent : il est de toute évidence que les Commissions administratives ont le devoir

de confier les fonctions de médecins de l'hôpital, parmi ceux qui briguent ces fonctions, à ceux qui offrent le plus de garanties professionnelles ; elles ne sauraient donc mieux le faire qu'en les nommant d'après l'ordre d'un concours, à la condition que celui-ci offre, de son côté, toutes les garanties voulues de justice, ce qui nous semble réclamer l'existence d'un jury choisi hormis les médecins de la ville intéressée. D'ailleurs les médecins nommés par cette voie, en dehors de toute considération de relations ou de coteries, et n'ayant par conséquent contracté aucune obligation, acquièrent de ce fait toute l'indépendance, partant toute l'autorité nécessaires.

Le Règlement ne fixe pas la proportion du nombre des médecins à celui du nombre de lits que possède un hôpital; il y a là une lacune, car trop souvent le nombre des médecins nous paraît insuffisant. Nous avons dressé un tableau ci-joint, indiquant cette proportion pour les hôpitaux que nous connaissons. Les moyennes obtenues diffèrent beaucoup : alors que certains services ne comportent que 50 lits, d'autres en possèdent le double, et nous notons même une moyenne de 1/152. D'après ce que nous avons pu juger, d'après l'opinion de nos collègues de Versailles par exemple, satisfaits de la distribution des services de leur hôpital (1/60), nous trouvons dans ce chiffre un nombre qu'il convient d'adopter comme moyenne normale.

Désapprouvons, pour terminer, le système adopté à l'hôpital de Saint-Germain, qui ne confie à aucun médecin en particulier le service de chirurgie et que d'ailleurs nous ne retrouvons dans aucun des autres hôpitaux faisant partie de notre statistique. L'activité de nos services de

Hôpitaux	Nombre de médecins			Total	Mode de nomination.	Nombre d'Internes	Mode de nomination	Nombre de lits				Rapport, au nombre de lits, du nombre total des:	
	Méd.	Chirur.	Accouc.					Méd.	Chir.	Acc.	Total	Méd.	Internes
St-Germain en Laye	2			*2*	Choix	3	Concours	180	30	10	*220*	1/110	1/73
Orléans	3	4	1	*8*	Concours	7	id.	230	180	30	*440*	1/55	1/63
Oran	3	2	»	*5*	id.	8	Choix	300	170	30	*500*	1/100	1/62
Le Mans	3	3	1	*7*	id.	4	id.	180	120	50	*350*	1/50	1/87
Blois	1	1	1	*3*	Choix	1	id.	120	80	25	*225*	1/75	1/225
Versailles	3	3	»	*6*	id.	9	Concours	220	120	20	*360*	1/60	1/40
Poitiers				*?*	2 modes	4	id.	00	100	40	*340*	»	1/85
Rennes	2	2	»	*4*	Concours	6	id.	200	150	40	*390*	1/97	1/65
Dieppe	1	1	»	*2*	id.	1	Choix	200	85	20	*305*	1/152	1/305
Caen	3	2	1	*6*	2 modes	5	Concours	240	100	30	*370*	1/61	1/74
Le Hâvre(hôp. gén.)	5	2	»	*7*	Concours	8	Choix	360	165	»	*525*	1/75	1/65
Melun	1	1	»	*2*	?	»	»	40	40	10	*90*	1/45	»
Évreux	2	1	»	3	Choix		Choix	85	50	15	*150*	1/50	1/75
St-Étienne	6	2	1	9	Concours	15	Concours	»	»	»	*850*	1/94	1/56
St-Quentin	3	3	1	7	Choix	2	Choix	130	90	45	*225*	1/38	1/134

chirurgie étant déjà assez réduite en général, il conviendrait de ne pas morceler ceux-ci à plaisir, afin que les titulaires puissent, notamment en ce qui concerne les interventions, acquérir et conserver la pratique nécessaire.

LA PHARMACIE

La question de la préparation des médicaments dans nos hôpitaux ne nous semble pas avoir suffisamment attiré l'attention. L'article 15 du Règlement prévoit ainsi l'existence du pharmacien :

« Art. XV. Le pharmacien est nommé par la Commission « administrative. » Il *exécute,* conformément au Codex et « *sous le contrôle des médecins*, les prescriptions ordonnées ; « il tient, suivant les règles prescrites, la comptabilité des « matières de son officine. »

Or, que se passe-t-il, en pratique ? La Commission choisit un pharmacien *ayant officine ouverte dans la ville*, et qui, moyennant une rétribution généralement faible, doit *surveiller* la pharmacie de l'hôpital. Surveillance bien platonique certes, et sur laquelle il convient de ne se faire aucune illusion : le pharmacien, qui a ses occupations propres, ne songe guère à l'hôpital que lorsqu'il en reçoit son mandat trimestriel.

Il en résulte que le soin de préparer les médicaments incombe au personnel, et c'est la plupart du temps une ou plusieurs Sœurs qui en sont chargées. Nous ne dénonçons point le premier l'inconvénient de ce système, et, dans le Règlement lui-même, nous retrouvons, intercalée par M. Bourgeois, la protestation du Dr. Henrot (*Actes du Conseil supérieur*, fascicule 63) :

« Il faut combattre et protester avec les pharmaciens « contre la tendance qui consiste à s'en remettre aux

« Sœurs. Il est arrivé que plusieurs inventaient des médi
« caments et finissaient par avoir dans l'hôpital plus d'au-
« torité que le médecin...

« Tout médicament doit donc sortir d'une pharmacie, que
« ce soit la *pharmacie hospitalière* ou une *pharmacie de la*
« *ville* qui le fournisse. Je qualifie de criminelle la tolérance
« contraire. Nous manipulons chaque jour des substances
« dangereuses ; il ne faut pas que l'hospitalisé soit plus
« mal soigné, plus exposé à l'empoisonnement que le ma-
« lade de la clientèle. Avec les nouvelles méthodes de trai-
« tement, il faut que nous ayons une confiance absolue
« dans les médicaments administrés. Si on faisait une in-
« jection avec une substance toxique fournie par une Sœur,
« je tremblerais. »

Nous ne croyons pas qu'on doive tracer un tableau aussi sombre, et, heureusement, les erreurs imputables au personnel n'ont qu'exceptionnellement de graves conséquences. Nous devons toutefois revenir ici sur l'inconvénient déjà signalé de Sœurs mises dans un service dont elles n'ont jamais pris le courant, car c'est pour la pharmacie que les conséquences peuvent en être les plus fâcheuses. Si nous protestons contre le système en usage, c'est avant tout au point de vue du principe : il nous semble en effet que le médecin, au moment où la corporation proteste vivement et avec raison contre l'exercice illégal de la médecine — en particulier par les pharmaciens, — doit reconnaître à chacun son domaine et protester au besoin contre l'exercice illégal de la pharmacie, ce qui nous paraît être le cas pour le sujet que nous envisageons actuellement. Aussi n'admettons-nous pas l'objection que nous fait un collègue qu'on peut bien permettre aux Sœurs ou au personnel désigné la préparation des médica-

ments, puisque, dans beaucoup d'officines, ceux-ci sont préparés par des gens qui n'ont aucun titre officiel à le faire. Si trop de pharmaciens ont tort de s'en remettre à des « *professionnels* », parfois même sans les surveiller, ce ne saurait être une excuse dans le cas dont nous nous occupons.

Cet exercice illégal s'aggrave encore du fait que l'hôpital, dans beaucoup de villes, fournit les médicaments pour le Bureau de bienfaisance de l'endroit — ce qui a l'approbation de la circulaire Bourgeois — et aussi aux employés et fonctionnaires de la ville. C'est surtout là que l'illégalité devient patente, bien qu'il nous faille remonter, pour la constater, à la *Déclaration du Roy du 25 avril 1777* :

« Art. 8. — ... Ne pourront... même les hôpitaux... avoir « pharmacie, si ce n'est pour leur usage particulier et inté- « rieur ; leur défendons de débiter aucune drogue simple « ou composée sous peine... »

Admise donc l'illégalité du système actuel, comment y pourrons-nous remédier ? Admettrons-nous que l'administration puisse s'en remettre à un pharmacien de la ville qui préparerait en son officine les médicaments pour les envoyer à l'hôpital ? Non, certes ; l'établissement doit posséder en lui-même et les médicaments et le préparateur, pour parer à toute perte de temps et répondre à tous les besoins urgents. D'autre part, nous devons craindre que ce système — entraînant presque fatalement la fourniture des médicaments à l'adjudication — ne fasse livrer des préparations moins soignées qu'il ne convient. A notre avis, l'hôpital doit recevoir directement les produits de la droguerie, et c'est à l'hôpital qu'on doit en faire le contrôle et les utiliser.

L'hôpital devra-t-il donc s'attacher à demeure un pharmacien qui ne pourrait, en conséquence, avoir d'autre officine ouverte ? Cette méthode, quelquefois employée d'ailleurs, offrirait certes une sécurité, mais aurait l'inconvénient d'exiger une rétribution trop onéreuse pour l'établissement, d'autant plus qu'il faudrait adjoindre des aides au pharmacien.

Nous proposons donc un moyen qui pourrait être reconnu légalement et parerait à tous les inconvénients que nous venons de signaler : la création de postes d'internes en pharmacie, en nombre variable selon les besoins et dont les titulaires jouiraient d'avantages matériels analogues à ceux accordés aux internes en médecine.

On devrait exiger des postulants un nombre minimum donné d'inscriptions, établir un concours lorsqu'il serait possible, et ce n'est qu'alors qu'on pourrait s'en remettre, pour la surveillance, à un pharmacien de la ville. Nous croyons qu'il serait possible de trouver, parmi les étudiants non internes des hôpitaux des villes de Facultés, un certain nombre qui accepteraient ce service ; un tel système offrirait les garanties professionnelles désirables et n'entraînerait pas pour l'hôpital les lourdes charges qu'exigerait la présence d'un pharmacien spécialement attaché à l'établissement.

INTERNAT EN MÉDECINE

EXISTENCE. — RECRUTEMENT. — AVANTAGES MATÉRIELS. — RÈGLEMENTS.

Il nous semblerait très intéressant — bien qu'il nous ait été impossible de le faire — de relever, sur le nombre total des hôpitaux de province, le nombre de ceux qui possèdent des internes ; et nous ne saurions actuellement donner une proportion, même approximative. Nous croyons bon d'insister sur l'importance qu'offre l'existence de l'internat, tant au point de vue de l'utilité même des malades qu'à celui de l'intérêt qu'offre cette institution pour les étudiants en médecine, et nous devons regretter que, si les hôpitaux voisins des villes où siègent des facultés ou écoles possèdent des internes et peuvent assez facilement les recruter, les villes plus éloignées en soient dépourvues, ou totalement ou par intermittences.

Nous voudrions que l'institution de l'internat devînt généralisée et d'un fonctionnement plus uniforme, pour voir disparaître les faits étranges qui nous sont signalés. Dans l'hôpital d'une Préfecture, l'administration demande, pour quelque temps et selon les besoins, un étudiant à l'école la plus proche, pour remplir les fonctions d'interne ; dans un autre, où l'internat a été fondé sur l'initiative de la Commission administrative, on a pu voir un médecin refuser l'assistance de l'interne, le considérant, selon sa propre expression, comme un *mouchard de l'Administra-*

tion. Disons enfin que nombre d'hôpitaux, même assez importants, ne possèdeut qu'un interne, nommé pour éviter les récriminations de l'opinion publique, qui réclame la présence constante d'un médecin à l'hôpital, et que cet interne, surchargé de besogne, ne peut suffire à sa tâche, ni prendre le temps nécessaire à son travail personnel.

Nous désirons donc non seulement que tous les hôpitaux — ceux au moins ayant une centaine de lits — possèdent un internat, mais encore que le nombre des internes soit suffisant. D'après la statistique que nous avons faite, les hôpitaux où l'internat est organisé de façon satisfaisante possèdent un interne par 50 à 70 malades. C'est là, nous semble-t-il, un nombre qui constitue une moyenne digne d'approbation. Nous avons pu nous rendre compte, à l'hôpital de Saint-Germain, qui possède trois internes pour 220 lits de malades aigus, que le service est suffisamment chargé dans ces conditions, et que le nombre de trois internes est un minimum indispensable pour qu'un service de garde sérieux et constant puisse être assuré, surtout lorsque ce service comporte la responsabilité des accouchements. Constatant que cet hôpital est celui qui, dans notre relevé, possède le moins grand nombre de lits, nous nous demandons comment, dans les hôpitaux plus vastes, nos collègues, souvent seuls, quelquefois à deux, peuvent assurer le service, non pas qui leur incombe — ce nous semble fastidieux — mais devrait leur incomber.

Le mode de nomination des internes se fait soit au choix, soit le plus souvent par voie de concours : tous nos collègues se montrent partisans de ce dernier mode de recrutement, qui donne plus de garanties au point de vue professionnel, offre pour les internes eux-mêmes l'avantage d'une nomination plus équitable et leur confère des droits

plus solides et une autorité plus grande. Quant à la forme du concours, il est, de l'avis de tous nos collègues, désirable qu'elle soit modifiée là où il n'existe pas d'épreuve clinique : ce n'est pas pour rendre le concours plus difficile, mais nous croyons que cette épreuve, convenablement choisie, offrirait une appréciation meilleure de la part d'un jury composé en général de praticiens et jugeant de cette façon les candidats sur un ensemble plus grand de connaissances.

Nous reviendrons au chapitre suivant sur une forme régionale de concours que nous voudrions voir appliquer, dans l'intérêt même des internes et de leurs études médicales.

La durée des fonctions d'interne est variable, non limitée en général pour ceux nommés au choix ; pour ceux nommés au concours, elle est de deux, trois ou quatre années, selon les hôpitaux. Un minimum de trois ans nous semble désirable. Dans la plupart des cas, les internes peuvent obtenir la prolongation de leurs fonctions pendant une ou plusieurs années, après avis favorable de leurs chefs de service ; nous ne voyons à cet usage d'autre inconvénient que celui de pouvoir entraîner l'existence de concours partiels, offrant aux candidats un trop petit nombre de places ou une place unique, entraînant donc une émulation moins grande, partant un recrutement moins avantageux,

Très variable également est l'époque d'entrée en fonctions ; ne serait-il pas désirable qu'elle coïncidât, autant que possible, avec le début de l'année scolaire ?

Il ne nous semble pas superflu d'examiner rapidement les divers avantages matériels que procure l'internat à ses titulaires, et, même à ce titre, il nous semblerait utile

de faire connaître mieux les internats de province dans les Facultés et Ecoles de médecine. Nos maîtres, nous semble-t-il, ignorent trop qu'il est de nombreux étudiants obligés d'assurer par eux-mêmes leur existence matérielle : leur énergie se dépense le plus souvent en des travaux qui n'ont aucun intérêt pour les études elles-mêmes, et il y aurait pour eux un débouché sérieux et beaucoup plus profitable dans les postes d'Internes créés ou dont la création s'impose.

Il faut d'ailleurs que les administrations se rendent compte que les avantages matériels qui nous sont accordés ne correspondent point aux services que nous pouvons rendre, et sans avoir l'absurdité d'en réclamer le prix, nous demandons qu'ils soient compensés par des égards et une considération morale qui, malheureusement, font encore trop souvent défaut.

L'indemnité allouée aux internes est différente selon les hôpitaux et varie de 30 à 50 francs par mois environ. Il nous semble désirable qu'il soit institué un traitement subissant une augmentation annuelle, la moyenne restant basée sur les ressources de l'établissement.

Pour la nourriture, qui est presque partout accordée par l'hôpital, une réclamation générale retient notre attention : il est rare que la cuisine soit préparée spécialement pour les internes, à proximité de la salle de garde, ce qui serait pourtant désirable, l'heure à laquelle sont préparés les aliments pour les malades précédant de trop longtemps celle où les exigences du service nous obligent à prendre nos repas. Nous voudrions en outre que le serviteur attaché au service de l'internat n'eut en aucun cas la charge d'un service quelconque de malades : notre hygiène, déjà trop défectueuse, ne pourrait qu'y gagner.

Dans la plupart des hôpitaux, les internes sont logés et nous ne pouvons qu'approuver cette mesure qui, réalisant une économie pour l'administration, offre également des avantages pour l'interne. Mais nous désirons que, ce qui existe d'ailleurs assez souvent, les bâtiments de l'internat constituent un pavillon isolé, situé au rez-de-chaussée, et aussi près que possible de l'entrée et de la salle d'admissions. C'est trop souvent encore que le logement des internes se trouve installé dans les pavillons mêmes des malades, ce qui est néfaste pour leur hygiène ; rélégué aux étages supérieurs ou très loin de l'entrée, ce qui constitue une gêne pour le service. Le logement isolé peut en outre permettre une communication propre avec l'extérieur, évitant ainsi une vérification vexatoire, et souvent grossière, de l'état civil des personnes qui désirent voir les internes, qu'une étroitesse d'esprit absurde prive, seuls parmi tout le personnel, de recevoir les visites qu'ils désirent. Aussi adoptons-nous, pour conclure, l'opinion formulée dans les *Annales de la Jeunesse médicale* (avril 1912) à propos d'un conflit survenu à Paris entre le Directeur et les internes d'un hôpital de l'Assistance Publique :

« ...Certes, il ne faut pas que les salles de garde deviennent « des « succursales des brasseries de femmes », ainsi que « l'écrivait au directeur en question un de ses supérieurs. « Il convient de réprimer tout ce qui trouble le repos des « malades et ce qui peut choquer leurs sentiments. Mais il « semble qu'un directeur a assez de pouvoir pour empê- « cher que ne dégénère en licence une tolérance qui serait « une compensation aux obligations multiples de l'in- « terne.

« Il nous faut maintenant élever le débat et, nous pla- « çant au point de vue des malades, discuter leurs intérêts.

« L'Assistance, pour éviter les « chahuts » et les histoires, « cherche à empêcher les internes de résider à l'hôpital ; les « nouveaux hôpitaux ont moins de logements que d'inter- « nes. Or, il est évident qu'autant que possible un interne « doit loger à l'hôpital. La plupart des chirurgiens l'exigent « de leurs collaborateurs ; c'est pour eux une nécessité en « rapport avec l'évolution de la chirurgie (division en in- « ternes septiques et aseptiques, par exemple). Il est de « l'intérêt des internes, au point de vue de leur instruction, « d'être toujours là, comme il serait de l'intérêt de tous les « étudiants d'être toujours là. Il est aussi de l'intérêt « du malade d'être soigné d'emblée par qui le soignera « pendant tout son séjour. Enfin, il est de l'intérêt du pu- « blic qu'il y ait toujours à l'hôpital le plus grand nombre « possible de soignants responsables, pour le cas d'une « grande catastrophe comme en comporte la vie mo- « derne...

« Il convient donc de favoriser la résidence à l'hôpital « pour les internes, de leur épargner les vexations, et, s'il « leur plaît d'avoir avec eux leur femme ou leur maîtresse, « de ne pas les en empêcher, *si l'ordre et la décence n'en souf-* « *frent pas.*»

Nous demandons enfin que le Règlement appliqué aux internes devienne uniforme et conçu de telle façon qu'une, révocation ne puisse être prononcée contre eux sans qu'ils aient les moyens de présenter une défense ailleurs que devant le Conseil d'administration, quand celui-ci l'accepte. Le Règlement type proposé par M. Bourgeois, et qui préconise le concours, comme nous l'avons approuvé plus haut, dit que la *révocation* devra être approuvée par le préfet : or, dans les règlements spéciaux que nous avons entre les mains, cette mention a été soigneusement supprimée. S'il

convient que l'interne ait conscience de ses devoirs et soit responsable des fautes qu'il peut commettre, il convient également qu'il ne soit pas — comme cela s'est vu — à la merci de vengeances personnelles, sans pouvoir défendre ses intérêts.

Les règlements d'ailleurs ne sont pas faits dans un esprit assez général et nous y relevons maints détails oiseux : ici, la liste de garde est arrêtée par l'administration, avec défense d'y apporter aucun changement. Il est bien évident cependant que l'administration ne peut exiger qu'une chose, c'est que le service de garde soit assuré, l'ordre relevant uniquement de la volonté des internes et de leurs convenances personnelles. Ailleurs, dit un article à propos des contre-visites, l'interne « doit se borner à ordonner les médicaments propres à calmer le malade sans avoir recours aux alcaloïdes végétaux». Pourquoi n'aller pas jusqu'à insérer la formule d'une potion calmante et reconnaître une dose officielle d'eau de fleurs d'oranger !

Le dernier article du Règlement des internes de l'hôpital de Saint-Germain offre une telle saveur que, pour terminer, nous le reproduisons ici :

« Le présent Règlement sera communiqué à MM. les « chefs de service et à *Madame la Supérieure* (!!!). »

L'INTERNAT ET LES ÉTUDES MÉDICALES

Il ne nous vient pas à l'idée de faire ici un parallèle entre les diverses formes de stage hospitalier reconnues par les Facultés et Ecoles et qui s'offrent à l'étudiant en médecine ; mais nous voudrions que l'équivalence du stage exigé de tous les étudiants et généralement accordée par les Facultés aux internes des hôpitaux de province devînt une mesure officielle, dûment réglementée, et pût être accordée, sous le contrôle effectif de la Faculté, aux étudiants qui, à une époque déterminée de leur scolarité, seraient internes d'hôpitaux désignés et reconnus suffisants. En province, sans doute, les internes n'ont pas toujours les conseils éclairés et savants, les leçons magistrales dont peuvent profiter les étudiants qui restent dans les villes de Facultés, mais ils ont certainement sur les externes et les stagiaires des avantages fort appréciables : si on ne peut toujours, dans nos hôpitaux, approfondir aussi parfaitement les divers cas cliniques qui se présentent, ceux-ci sont par contre beaucoup plus nombreux à la portée de l'étudiant. En outre, le service de garde nous paraît un moyen merveilleux de développer l'initiative et de fixer nettement les idées au fur et à mesure que les cas se présentent : la diversité même des occupations dont le soin incombe à l'interne ne peut qu'être profitable. Ajoutons que dans nos hôpitaux, où sont forcément réunis tous les services différents, l'interne, sans le dérangement nécessaire dans les grandes villes, et tout en s'occupant plus spécialement de médecine ou de chirurgie géné-

rales, doit pratiquer fréquemment des accouchements pour lesquels il a en général la plus grande initiative, et peut fréquenter les consultations externes annexées à l'hôpital pour les diverses spécialités, notamment l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie.

La réunion de ces avantages pratiques a amené la proposition d'une année au moins d'internat *obligatoire* pour *tous* les étudiants (Docteur Noir, *Concours médical*, 12 février 1911). Nous ne croyons pas que les Facultés soient disposées à exiger un stage semblable des étudiants, et nous ne savons si ceux-ci l'accepteraient tous volontiers, mais nous relevons dans l'article du docteur Noir les idées les plus intéressantes pour notre sujet, en particulier les chiffres qu'on va lire :

« Le stage dont a besoin le jeune médecin avant de s'éta-« blir est celui qui se rapproche le plus de l'exercice nor-« mal de la médecine...

« ... Nous allons tâcher de démontrer que les jeunes mé-« decins, les médecins et chirurgiens d'hôpitaux, le corps « médical entier et les malades, en somme tout le monde, « gagneraient à la réalisation de ce projet qui, sans grever « lourdement aucun budget, ne nuirait à personne.

« Tout étudiant, sa scolarité entièrement terminée, de-« vrait faire, disons-nous, un stage d'un an au moins dans « un hôpital de quelque importance...

« ... Durant cet internat, le jeune médecin se trouverait « en contact avec des praticiens déjà éprouvés : les méde-« cins et chirurgiens d'hôpitaux...

« ... Aides et suppléants du médecin d'hôpital, après « avoir acquis théoriquement à la Faculté toutes les con-« naissances scientifiques nécessaires, ils prendraient une « part active et directe au traitement des malades et des

« blessés, guidés et conseillés par les médecins et les chi-
« rurgiens de l'hôpital. Durant les services de garde, en
« cas d'urgence, ils s'habitueraient en toute sécurité à
« prendre des décisions, à faire preuve d'initiative, à assu-
« mer des responsabilités...

« ... Un service médical de garde se trouverait ainsi
« sérieusement établi dans tous les hôpitaux de France.
« Les chirurgiens de ces hôpitaux disposeraient d'aides
« experts et dociles qui augmenteraient le champ de
« leurs interventions. Les malades seraient mieux surveil-
« lés et mieux soignés...

« ... Les budgets de l'État et des Facultés ne seraient pas
« grevés ; quant à ceux des hôpitaux, ils le seraient fort
« peu, et ces institutions retireraient de ce fait un si grand
« nombre d'avantages qu'elles n'hésiteraient pas à faire
« les sacrifices nécessaires pour se les assurer...

« Nous ne voyons qu'une seule objection sérieuse à ce
« projet : Y a-t-il en France assez d'hôpitaux pour per-
« mettre à tous les jeunes médecins sur le point de devenir
« docteurs de trouver une place d'interne ?

« A cette objection nous répondrons par des chiffres
« empruntés au dernier *Annuaire de statistique* publié par
« les soins du ministère du Travail et qui donne des ren-
« seignements pour l'année 1907. Il existait en France à
« cette époque 287 hôpitaux avec 79.583 lits pour mala-
« des et blessés. Nous ne tenons pas compte de 1.078 hôpi-
« taux-hospices, ni de 485 hospices pourvus de 72.648
« lits pour vieillards et incurables. Nous mettons aussi à
« part les 14.886 lits destinés aux blessés et malades mili-
« taires et nous ne faisons pas non plus entrer les ressour-
« ces des asiles d'aliénés, ni des hôpitaux privés, et tous
« ces établissements cependant pourraient dans une cer-

« taine mesure être mis à contribution. Le chiffre de 79.583 « lits est donc un chiffre minimum, car il est certain que « depuis trois ans le nombre des lits d'hôpitaux s'est nota- « blement accru. Or, tous les ans, les Facultés de méde- « cine françaises délivrent un millier de diplômes de doc- « teur. Les hôpitaux de France pourraient donc disposer « au bas mot de 80 lits pour chaque interne stagiaire. Cela « dépasse, et de beaucoup, le chiffre nécessaire pour faire « un stage utile, et les 3.923 médecins ou chirurgiens « d'hôpitaux seraient des guides suffisamment nombreux « pour conseiller les docteurs du lendemain. »

Sans réclamer l'obligation d'une année d'internat pour *tous* les étudiants après leur scolarité, nous croyons que l'internat des hôpitaux de province offre des ressources considérables, et qu'il est désirable d'utiliser au maximum, tout en laissant les employer les étudiants que leurs convenances personnelles y inviteraient. La généralisation d'une telle mesure réclamerait, croyons-nous, une entente des Facultés de médecine et des administrations hospitalières. Si celles-ci faisaient l'objet de la centralisation que nous demandions plus haut, n'y aurait-il pas lieu, dans ces conditions, de grouper par régions, autour des centres des Facultés ou Ecoles, ceux des hôpitaux offrant les garanties suffisantes pour permettre aux étudiants un stage utile, et ne pourrait-on pas alors organiser, pour pourvoir les places d'internes de ces hôpitaux, au siège de la Faculté ou de l'Ecole, un concours permettant de choisir ces postes selon l'ordre de réception, avec possibilité de mutations annuelles d'un hôpital à un autre, tout comme cela a lieu pour les hôpitaux de l'Assistance publique (1) ?

(1) Nous devons ajouter qu'il y aurait lieu de tenir compte, dans

Un tel système aurait, en outre l'avantage d'exiger uniformément des candidats un nombre minimum d'inscriptions, ce qui n'existe pas actuellement, où ce nombre varie de quatre à seize. Il serait désirable, en outre, que tous les candidats eussent accompli déjà un stage, dans leurs deux premières années d'études au moins, au siège de la Faculté, temps d'ailleurs nécessaire à la présence aux Travaux pratiques indispensables, auxquels l'éloignement de nombre d'hôpitaux rendrait l'assistance impossible.

Nous croyons d'ailleurs que les moyens d'études offerts par nos hôpitaux pourraient être avantageusement améliorés. Nous revenons à ce sujet sur l'utilité qu'il y aurait d'instituer un concours pour la nomination des médecins et chirurgiens ; n'y aurait-il pas lieu même d'étudier la mise en œuvre, partiellement tout au moins, du concours à caractère régional que nous venons de proposer pour l'internat ?

C'est surtout en ce qui concerne les moyens d'études

---

la distribution des services, non seulement du nombre de lits offerts par les hôpitaux de province et énoncé par la statistique précitée, mais aussi du mouvement de malades, peut-être moins considérable que dans les hôpitaux des grands centres. Nous avons comparé sous ce rapport l'hôpital de Saint-Germain à l'Hôtel-Dieu de Paris : celui-ci, en 1911, a reçu 11.487 malades pour 607 lits, soit 1.892 malades pour 100 lits, alors qu'à l'hôpital de Saint-Germain nous comptons, la même année, 1.827 entrées pour 220 lits, soit 830 pour 100, c'est-à-dire un peu moins de la moitié du premier. Il est juste cependant de faire remarquer que le nombre de 607 lits pour l'Hôtel-Dieu est le chiffre officiel, que le nombre effectif de lits occupés est presque toujours supérieur, tandis que nos hôpitaux, bien que comptant dans leurs salles des brancards supplémentaires pendant quelques mois de l'année, n'offrent pas une aussi grande surcharge sur le chiffre officiel.

annexes qu'on pourrait apporter des améliorations : si la plupart de nos hôpitaux possèdent un laboratoire, seule installation dont, semble-t il, se soient préoccupés les médecins, nos collègues nous signalent en général l'absence de bibliothèque dans leur salle de garde. Il y a là une lacune évidente, et nous croyons qu'elle ne peut guère être comblée que par l'initiative des internes eux-mêmes, car nous avons eu à faire cette expérience : frappé par le dénûment qu'offrait sous ce rapport l'hôpital de Saint-Germain à notre arrivée, nous avons eu l'idée de fonder une bibliothèque de l'Internat qui, depuis deux ans que nous avons entrepris cette œuvre avec nos collègues, possède actuellement une collection d'ouvrages récents très suffisante, d'une valeur de 2.000 fr. environ, et qui, nous nous en sommes assurés, pourra être toujours entretenue. Nous avons appris alors que les internes doivent compter sur eux-mêmes, se charger de toutes les démarches nécessaires; mais il est possible ainsi de s'assurer les subventions indispensables, tant auprès des communes adressant des malades à l'hôpital que dans la ville elle-même, où il est toujours possible de trouver des donateurs. Devant un résultat acquis, l'Administration ne peut refuser son concours ; encore est il sans doute d'autres moyens que nous n'avons pas songé à mettre en œuvre.

En ce qui concerne la question importante des autopsies, nous voudrions — ce qui a déjà été réclamé — une réglementation générale et bien définie, de nombreuses difficultés s'élevant dans la pratique. C'est ainsi qu'un de nos collègues se plaint de n'avoir pu pratiquer une seule autopsie, l'Administration demandant, à chaque décès, à la famille si elle n'y met pas opposition.

Nous ne pouvons chercher et exposer toutes les façons

possibles d'améliorer les moyens d'études à la disposition des internes ; mais nous souhaitons vivement que tous les intéressés contribuent à cette amélioration : que les Facultés favorisent leur développement ; que les administrations apportent leur concours; que les chefs de service aient à cœur de faire l'éducation médicale de leurs futurs confrères; que les internes enfin prennent d'eux-mêmes l'initiative de travailler à l'amélioration de l'internat et aient sans cesse le souci de remplir pour le mieux la mission qui leur est confiée.

CONCLUSIONS

Les hôpitaux de province doivent faire tous les sacrifices nécessaires pour moderniser leur installation et pour que les règles de l'hygiène y soient mieux respectées ; on doit veiller à y combattre l'encombrement.

Les Commissions administratives actuelles, dont le fonctionnement offre de nombreux inconvénients, seraient avantageusement changées en *Conseils de surveillance*, pour lesquels il conviendrait de s'assurer de la plus grande compétence possible de leurs membres. Cette réforme exigerait la présence, à la tête de chaque hôpital, d'un directeur, également compétent, et surtout responsable, dont le mode de nomination resterait à déterminer.

Du personnel soignant, qu'il soit laïque ou religieux, on devra exiger des qualités professionnelles suffisantes. sanctionnées par un diplôme délivré par une Ecole d'infirmiers et d'infirmières. Des garanties matérielles lui seront accordées, tant au point de vue du salaire que d'une retraite consécutive, afin d'assurer la stabilité que sont en droit d'exiger les médecins, surtout pour faire ou parfaire l'éducation de ce personnel.

Il est désirable que les médecins soient toujours nommés après un concours préalable et qu'ils soient en nombre suffisant pour que leur service ne comporte qu'une soixantaine de lits au maximum.

Pour la pharmacie, nous désirons que l'exercice n'en soit pas confié à des personnes non autorisées, mais soit à un pharmacien spécialement attaché à l'établissement,

soit à des internes en pharmacie, sous le contrôle d'un pharmacien diplômé.

Nous souhaitons enfin que tous les hôpitaux de province possèdent des internes, en nombre suffisant pour assurer leur service, et que les administrations leur accordent les garanties suffisantes, tant matérielles que morales. Ces hôpitaux sont déjà, et peuvent devenir mieux encore, un centre excellent d'études pratiques pour les étudiants en médecine. Nous voudrions voir adopter pour le recrutement des internes un mode de concours régional.

Vu : Le Président de la thèse,
H. ROGER.

Vu : Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Imprimerie de la Librairie A. Leclerc, 19, rue Monsieur le Prince, Paris